RAPPORT SUR L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE EN ONTARIO

ENQUÊTE ORDONNÉE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

MARION POWELL

LE 27 JANVIER 1987

TORONTO (ONTARIO)

Remerciements

Je tiens à remercier mes nombreux collègues des hôpitaux, des bureaux de santé et des centres de planification familiale de l'ensemble de la province qui ont assisté aux réunions pour discuter franchement des problèmes concernant l'avortement en Ontario. Ces réunions ont permis d'apporter des réponses aux questions soulevées concernant des problèmes régionaux. De nombreuses collectivités que nous n'avons pas eu l'occasion de visiter nous ont donné des renseignements très utiles par téléphone. C'est grâce au concours de toutes ces personnes, ainsi que du personnel des cliniques, que nous avons pu rédiger ce rapport.

Je remercie également le ministère de la Santé qui nous a fourni les données et les analyses statistiques.

Je tiens aussi à exprimer ma vive gratitude à mes collègues du Bay Centre for Birth Control qui, grâce à leurs soins bienveillants, ont aidé plusieurs femmes pendant toute la période entourant l'avortement.

Mes remerciements vont également au docteur T. M. Roulston de Winnipeg qui a donné l'impulsion nécessaire aux soins de santé pour les femmes et qui a été une source d'inspiration pour les professionnels de la planification familiale.

Table des matières

Sommaire 6

Recommandations 9

Introduction 11

Méthodologie 13

Documentation 15

Loi canadienne sur l'avortement et la contraception 15

Les enquêtes précédentes sur les services d'avortement 17

L'avortement comme moyen de contrôle des naissances 22

La grossesse chez les adolescentes 24

Les services d'avortement 26

Statistiques sur l'avortement en Ontario 27

Tendances 27

Accessibilité des services dans le comté de résidence 28

Éléments des services d'avortement 30

Test de grossesse 30

Consultation et recommandation 31

Comités sur l'avortement thérapeutique 32

Réservation de la salle d'opération 35

Techniques d'avortement 36

Complications 37

Difficultés d'obtenir une recommandation après mai 1986 37

Attitudes envers l'avortement 38

Sommaire des conclusions 41

Options pour les services d'avortement en Ontario 45

Bibliographie 48

Annexes

1. Termes de référence

2. Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes se faisant avorter, Ontario : 1975-1985

Tableau 2 : Avortements thérapeutiques par méthode, (en pourcentage), Ontario : 1976-1984

Tableau 3 : Avortements thérapeutiques. Pourcentage des patientes hospitalisées et non hospitalisées, Ontario : 1976-1984

Tableau 4 : Avortements thérapeutiques, complications par stade de gestation, Ontario : 1976, 1981 et 1984

Tableau 5A : Comtés où les femmes obtiennent un avortement à l'extérieur de leur lieu de résidence

Tableau 5B : Comtés selon le pourcentage de femmes obtenant un avortement à l'extérieur de leur lieu de résidence

Tableau 6 : Nombre de comtés où plus de 50 pour cent des femmes doivent aller à l'extérieur de leur lieu de résidence pour obtenir un avortement selon l'accessibilité des comités d'avortement thérapeutique.

3. Cartogrammes :

Cartogramme 1 : Comtés où plus de 50 pour cent des femmes sollicitant un avortement doivent aller à l'extérieur de leur lieu de résidence

Cartoramme 2 : Comtés où les femmes ne peuvent pas obtenir un avortement au second trimestre

Sommaire

La légalisation de l'avortement en 1970 a fait sortir cet acte de la clandestinité et lui a permis d'accéder à la sécurité des hôpitaux, ce qui a eu pour effet de sauver des vies. Seize ans plus tard, l'avortement est maintenant devenu une controverse sociale plutôt qu'un défi médical.

Par suite des pressions croissantes de divers organismes en Ontario, le ministre de la Santé a, en juin 1986, demandé au docteur Marion Powell d'étudier l'accessibilité aux services d'avortement thérapeutique dans les hôpitaux publics de l'Ontario. Le problème a été étudié en fonction des éléments du processus de recommandation. La délimitation du projet demandait de déterminer spécifiquement :

- la demande et l'accessibilité des services par région;
- les éléments du programme dont les femmes ont besoin;
- les tendances dans le processus de recommandation et de l'échelonnement des diverses étapes;
- le fonctionnement des comités de l'avortement thérapeutique.

Nous avons visité 34 hôpitaux et communiqué par téléphone avec 14 autres. Nous avons également visité 16 des bureaux de santé et avons communiqué par téléphone avec les 27 autres. En outre, nous avons consulté des organismes de planification familiale et des cliniques indépendantes.

Des enquêtes précédentes au Canada ont révélé des différences importantes par région en ce qui a trait à l'accessibilité des comités de l'avortement thérapeutique et aux services d'avortement. En Ontario, on a constaté qu'il était beaucoup plus difficile d'obtenir les services d'avortement dans les petites agglomérations. En particulier, l'une des préoccupations dans cette province était l'incidence élevée d'avortements du deuxième trimestre et l'augmentation concomitante des complications en fonction du stade de gestation et la méthode utilisée.

La documentation publiée à ce sujet et les statistiques de l'Ontario indiquent que l'inefficacité des méthodes anticonceptionnelles est la

cause principale des avortements. Les femmes sollicitant des avortements répétés semblent présenter un plus grand risque de grossesse en raison de facteurs liés à l'âge et à la fertilité.

Le taux décroissant de grossesses non désirées parmi les adolescentes semble révéler l'efficacité des programmes gouvernementaux de planification familiale offerts dans les bureaux de santé en Ontario.

Dans plus de 50 pour cent des comtés de l'Ontario, la majorité des femmes sollicitant un avortement ont dû aller à l'extérieur de leur lieu de résidence. De plus, au moins 5 000 Ontariennes se font avorter chaque année dans des cliniques indépendantes au Canada et aux États-Unis.

Après une analyse du processus d'avortement, on a constaté que le système actuel est loin de prêter une assistance valable aux femmes qui ont besoin de tels services. Ces dernières se trouvent confrontées à des difficultés dès le moment où elles se croient enceintes, jusqu'à l'interruption effective de la grossesse. Tout le processus semble s'éterniser, les femmes devant consulter des professionnels de la santé entre trois et sept fois avant que ne soit pratiqué l'avortement. Cela représente une difficulté de plus pour celles qui doivent voyager à l'extérieur de leur ville pour se faire avorter.

L'enquête a révélé les problèmes suivants :

disponibilité des médecins prêts à recommander leurs patientes en vue d'un avortement;

disponibilité de consultations avant et après l'avortement;

disponibilité d'hôpitaux ayant des comités de l'avortement thérapeutique;

sentiment parmi les membres des comités d'avortement thérapeutique que ces comités ne sont pas utiles;

restrictions imposées par certains hôpitaux;

réduction du nombre de gynécologues et d'anesthésistes prêts à pratiquer l'avortement;

disponibilité des salles d'opération pour l'avortement;

sous-utilisation des méthodes reconnues comme pouvant réduire les complications résultant de l'avortement;

frais supportés par les patientes pour les services non assurés, tels que les lettres de recommandation au comité de l'avortement thérapeutique;

réprobation de l'avortement par la collectivité;

attitudes punitives de certains professionnels de la santé envers les femmes demandant un avortement.

Le modèle actuel pour les services d'avortement préconise une formule de soins en milieu hospitalier qui pourraient tout aussi bien être prodigués dans des centres moins bien équipés. Plusieurs hôpitaux s'intéressent à l'amélioration de leurs services de consultation et au développement de méthodes innovatrices pour offrir les services d'avortement.

En général, les techniques d'avortement n'ont pas évolué avec la tendance actuelle de prodiguer les soins de technicité analogue au service de consultation externe uniquement. De même, on semble surestimer l'importance des gynécologues et des anesthésistes, alors qu'un omnipraticien compétent pourrait prodiguer ces soins.

On n'utilise pas suffisamment les techniques largement reconnues dans d'autres provinces ou pays qui peuvent réduire le taux de complications post abortum.

Recommandations

Le ministère devrait tenir compte des propositions faites par les hôpitaux sur l'établissement de services d'avortement innovateurs tels que :

centre de service polyvalent pour femmes;

centres régionaux affiliés à un hôpital sans y être obligatoirement situés;

consultations entre hôpitaux et centres de recommandation;

unités satellites de soins médicaux pouvant visiter les petites collectivités.

Il faudrait améliorer et encourager les services d'avortement qui existent déjà, particulièrement dans les petites collectivités.

Le ministère devrait établir divers moyens (tels que les honoraires à la vacation) de rémunérer les médecins pour les services relatifs à l'avortement, afin de les encourager à prodiguer tous les soins requis, notamment la consultation sur l'avortement, la préparation de lettres de recommandation, la soumission de cas au comité de l'avortement thérapeutique et les techniques de dilatation précédant l'avortement.

Les hôpitaux devraient encourager les omnipraticiens à pratiquer l'avortement et leur offrir des possibilités de formation dans ce domaine.

Le ministère devrait de plus en plus subventionner les bureaux de santé pour élargir leurs programmes de planification familiale, d'éducation sexuelle et de consultations médicales et d'orientation.

On devrait apporter une aide financière pour couvrir les frais de transport et d'hébergement lorsque les femmes doivent quitter leur collectivité pour obtenir un avortement.

Le ministère de la Santé devrait subventionner la recherche dans les diverses techniques d'avortement.

Il devrait également subventionner la recherche sur le taux élevé d'avortements du second trimestre.

Introduction

En juin 1986, le ministère de la Santé a demandé au docteur Marion Powell d'étudier l'accessibilité des services d'avortement thérapeutique en Ontario. La délimitation de cette enquête est donnée à l'annexe 1.

Il faut dire qu'il n'y a aucune définition particulière ou norme objective par laquelle on peut juger l'accessibilité des soins. Bien qu'un certain nombre d'avortements soient pratiqués dans la province, cela n'est pas suffisant pour en mesurer l'accessibilité. Les femmes doivent essayer de se faire recommander et doivent souvent faire face à des retards et des obstacles, tels que des appels téléphoniques répétés pour prendre un rendez-vous, de nombreuses consultations auprès de médecins, des voyages à l'extérieur et le paiement de frais administratifs reliés à l'opération. Selon les résultats d'une enquête, l'obligation de voyager est un facteur important dans l'obtention d'un avortement (Jaffe et al., 1981).

Étant donné que les difficultés à obtenir un avortement font partie de la question de l'accessibilité des soins, l'étude a porté sur les éléments du processus de recommandation et les obstacles rendant difficile l'accès à l'avortement. La délimitation du projet demandait de déterminer les points suivants :

- la demande et l'accessibilité des services par région;
- les éléments du programme dont les femmes ont besoin;
- les tendances dans le processus de recommandation et de l'échelonnement des diverses étapes;
- le fonctionnement des comités de l'avortement thérapeutique.

La deuxième phase du projet, tel qu'il a été délimité, est d'évaluer le besoin de diffusion des services de planification familiale.

L'enquête n'avait pas pour but d'étudier le pour et le contre des services d'avortement, mais devait plutôt considérer l'avortement comme un acte légitime, dont on étudiait l'accessibilité. On pourrait résumer l'optique de cette étude en citant Jaffe et al. (1981) :

> "Dans une société qui se veut équitable[...] la question de savoir si l'avortement est accessible à toutes les femmes qui en ont besoin et qui le désirent, quelle que soit la région où elles demeurent, le groupe socio-économique ou le groupe d'âge auquel elles appartiennent, relève des affaires publiques." (p. 1)

Les pages qui suivent donnent un aperçu des services d'avortement, en commençant par un résumé des lois pertinentes et des enquêtes antérieures sur les services offerts. Les statistiques sur l'avortement en Ontario sont suivies par une description en détail de chaque phase du processus de recommandation pour l'avortement et des problèmes qui peuvent surgir.

Méthodologie

Nous avons obtenu les données pour cette étude en consultant la documentation, ainsi que les rapports et les statistiques sur l'avortement émanant de Statistique Canada, du ministère de la Santé de l'Ontario, des divers hôpitaux et des bureaux de santé.

Nous avons visité 34 hôpitaux et avons communiqué avec 14 autres hôpitaux par téléphone, notamment :

un échantillonnage d'hôpitaux dans les régions urbaines et rurales de la province;

tous les centres universitaires possédant une école de médecine;

les régions réputées connaître des problèmes touchant certains aspects des services d'avortement;

les hôpitaux pratiquant un nombre élevé d'avortements (c'est-à-dire plus de 1 000 par année).

Nous avons interviewé des directeurs généraux d'hôpitaux, directeurs médicaux, membres des comités de l'avortement thérapeutique, chefs de service d'obstétrique et de gynécologie, gynécologues pratiquant l'avortement, directeurs des soins aux malades sur pied, superviseurs de salles d'opérations, représentants de services sociaux et bureaux de santé.

Nous avons visité 16 bureaux de santé et avons obtenu l'information nécessaire par téléphone des 27 autres bureaux. Nous avons rencontré des médecins hygiénistes, des directeurs des soins infirmiers, des superviseurs et coordonnateurs des services de planification familiale ainsi que le personnel des cliniques.

Nous avons communiqué également avec l'Association médicale de l'Ontario, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et des organismes de planification familiales dans cinq villes de l'Ontario. Aux États-Unis,

nous avons contacté les Guttmaker Institute et Planned Parenthood Federation of America, ainsi que deux cliniques indépendantes.

Nous avons examiné des modèles de ce type de soins au Manitoba, en Alberta et au Québec et avons visité deux cliniques d'avortement indépendantes à Toronto.

Documentation

Loi canadienne sur l'avortement et la contraception

Le Code criminel du Canada, qui remonte à 1892, prévoit l'emprisonnement à vie pour toute personne qui procure l'avortement à une femme et deux ans d'emprisonnement pour une femme qui obtient un avortement. Les modifications au Code criminel (Statuts révisés du Canada 1970, chapitre c-34, article 251), prévoient certaines exceptions permettant l'avortement, dans les conditions suivantes :

l'avortement doit être pratiqué dans un hôpital agréé par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux et offrant des services diagnostiques et des traitements médicaux, chirurgicaux et obstétriques, ou dans un hôpital homologué par le ministre de la Santé de la province

avant l'avortement, la majorité des membres du comité de l'avortement thérapeutique de l'hôpital (composé d'au moins trois médecins compétents) doit certifier par écrit que la continuation de la grossesse mettrait en danger la vie ou la santé de la femme

l'avortement doit être pratiqué par un médecin compétent qui n'est pas membre d'un comité de l'avortement thérapeutique de l'hôpital.

Les hôpitaux ne sont pas obligés par la loi d'avoir des comités de l'avortement thérapeutique, mais sans l'approbation d'un tel comité, l'avortement est un acte criminel. En outre, certaines lois provinciales limitent les circonstances en vertu desquelles les hôpitaux peuvent mettre sur pied des comités de l'avortement thérapeutique. En Ontario, ces comités ne peuvent être établis que dans des hôpitaux où il y a au moins 10 membres faisant partie du personnel médical actif (règlement 729 adopté en 1974 en vertu de la Loi sur les hôpitaux publics).

Remarquons que jusqu'en 1969, la contraception était également illégale au Canada selon l'article 251 du Code criminel, et la distribution de moyens contraceptifs ou la diffusion d'information sur la régulation des

naissances étaient des actes criminels. Bien que la loi n'ait pas été appliquée, aucune subvention gouvernementale pour les programmes de planification familiale n'a été destinée avant sa modification. Le gouvernement de l'Ontario n'a subventionné aucun programme de planification familiale avant 1975.

Enquêtes précédentes sur les services d'avortement

En 1975, le Conseil privé a nommé un Comité sur la mise en application de la Loi sur l'avortement pour étudier si les dispositions légales pour obtenir un avortement thérapeutique étaient appliquées de façon équitable partout au Canada (Badgley, 1977). Voici quelques-unes de ses conclusions :

> Sur les 559 hôpitaux généraux satisfaisant aux normes provinciales pour pratiquer l'avortement, 271, soit 48,5 pour cent, avaient mis sur pied des comités de l'avortement thérapeutique, tandis que 288, soit 51,5 pour cent, n'avaient pas de tels comités.
>
> Sur cinq Canadiens, deux vivaient dans des collectivités qui n'étaient pas desservies par des hôpitaux autorisés à mettre sur pied des comités de l'avortement thérapeutique.
>
> Dans les hôpitaux possédant des comités de l'avortement thérapeutique, il fallait remplir en moyenne quatre conditions avant de pouvoir faire examiner sa demande d'avortement : à savoir, le consentement, le stade de gestation, les enquêtes par les services sociaux, le lieu de résidence et les quotas.
>
> Un hôpital sur trois pratiquant l'avortement stipulait des conditions relatives au lieu de résidence de la patiente ou imposait des quotas sur le nombre d'avortements pratiqués.
>
> Il y avait des différences importantes entre les provinces sur le nombre d'obstétriciens, gynécologues et autres médecins pratiquant l'avortement, ceci résultant de préférences personnelles et des pratiques de l'hôpital.

On en a conclu que ces facteurs entraînaient de sérieuses disparités régionales sur l'accessibilité des services d'avortement, ce qui signifie qu'ils sont en pratique inaccessibles à de nombreuses Canadiennes, malgré la loi permettant l'avortement.

Le Comité a également étudié les délais d'obtention d'un avortement. En moyenne, il s'écoule environ 2,8 semaines avant qu'une femme puisse voir un médecin après s'être rendu compte qu'elle était peut-être enceinte. Après ce premier contact, il y a en moyenne un intervalle de huit semaines avant que l'avortement ne puisse être pratiqué en raison des atermoiements de la part des médecins et des hôpitaux.

Le Comité a suggéré que le nombre et le type de complications résultant des avortements thérapeutiques pourraient être réduits :

en élaborant et généralisant des techniques d'avortement qui présentent moins de danger;

en donnant la responsabilité de pratiquer l'avortement à des unités spécialisées dotées d'infirmières et d'un personnel médical spécialement formés.

À la suite du rapport Badgley, M. Marc Lalonde, qui était alors ministre fédéral de la Santé, a déclaré qu'il discuterait avec les provinces de la faisabilité d'établir des cliniques pour les femmes qui seraient directement affiliées à un hôpital général et qui offriraient des services de planification familiale, de consultation sur la régulation des naissances, de dépistage du cancer, d'avortement, d'hygiène de la maternité, d'instructions concernant l'auto-examen des seins, ainsi que les services communautaires qui s'y rapportent, y compris l'éducation à la vie familiale. Il considérait que les services de consultation sur l'avortement devraient être offerts dans des centres de planification familiale à condition que toutes les options possibles soient présentées clairement à la patiente, et à condition de respecter les dispositions du Code criminel.

En 1980, le corps législatif de l'Église unie du Canada émettait un énoncé de principe sur l'avortement. Il considérait que les articles du Code criminel visant l'avortement étaient injustes en principe, inéquitables et inapplicables. Il demandait au gouvernement fédéral d'abroger tous les articles du Code criminel concernant l'interruption de la grossesse au cours des 20 premières semaines. Il incitait les provinces à mettre sur pied des centres dotés du personnel nécessaire pour répondre aux besoins d'avortement et à ne pas poursuivre ceux qui essaient de répondre à ces besoins de façon responsable.

En 1985, l'Association médicale canadienne publiait un énoncé de principe sur l'avortement. Cet énoncé reprenait les conclusions sur les disparités quant à l'accessibilité des services d'avortement sur l'ensemble du pays. On y mentionnait tout particulièrement le fait que les comités de l'avortement thérapeutique étaient une cause d'augmentation du stress chez les patientes de la prolongation de la grossesse, ce qui augmentait les risques de complications. On recommandait également la suppression de toute mention des comités de l'avortement thérapeutique dans le Code criminel. Afin de rendre les services d'avortement plus accessibles, on suggérait :

> qu'au moins un hôpital dans chaque région offre des services d'avortement thérapeutique, sous réserve qu'aucun hôpital, médecin ou travailleur de la santé ne soit tenu de prendre part à des soins d'avortement;
>
> que la consultation et l'aide relatives à la planification familiale soient offertes à tous les résidents du Canada par des organismes de santé et d'éducation sous la direction du corps médical.

En avril 1986, la Condition féminine Canada publiait une étude fédérale recommandant l'abrogation des lois sur l'avortement parce que les services ne sont pas accessibles de la même façon partout au pays, ce qui entraîne une discrimination fondée sur la situation économique et le lieu de résidence. Cette étude considérait que la loi créait des risques inutiles pour la vie et la santé des femmes qui n'ont pas accès à un avortement sans danger et en temps voulu.

Au cours de la même année, le comité sur les pratiques et les soins médicaux de l'Association médicale de l'Ontario a pris acte de la directive suivante émanant du Conseil :

> "... d'examiner de façon critique la difficulté d'accès à un avortement médical sans danger conformément à la loi telle qu'elle est appliquée dans toute la province de l'Ontario..."

Voici quelques-unes des conclusions :

il existe une grande diversité dans l'accessibilité à l'avortement dans la province; il est notamment plus difficile d'obtenir ces services dans les petites agglomérations que dans les grandes villes;

l'incidence d'avortements du second trimestre, tout particulièrement chez les adolescentes âgées de moins de 19 ans, est élevée;

les hôpitaux pratiquant l'avortement sont en nombre décroissant.

En conclusion, le rapport indiquait que toute femme désirant un avortement est probablement capable de l'obtenir "quelque part tôt ou tard", mais que "souvent les déplacements et les entraves étaient à l'origine de nombreux avortement du second trimestre".

Les entraves à l'avortement peuvent avoir des conséquences graves sur la santé de la femme. L'un des facteurs importants est le stade de gestation, qui est défini comme la durée de la grossesse calculée à partir du premier jour de la dernière menstruation. Bon nombre d'études ont démontré que plus la grossesse était avancée au moment de l'avortement, plus grand était le risque de complications ou de décès (Buehler et al., 1985) :

Aux États-Unis, on a trouvé que le risque de complications passe de 2 à 4 pour 1 000 avortements entre la 8e et la 12e semaine de gestation, tandis qu'au cours de la 17e semaine, ces risques sont de 17 pour 1 000 (Jaffe et al., 1981).

Au Canada, l'incidence de complications pour 100 avortements était, en 1974, de 1,6 entre la 9e et la 12e semaine et de 16 entre la 17e et la 20e semaine (Badgley et al., 1977).

Entre 1975 et 1979, il y a eu des complications dans environ 3 pour cent des cas d'avortement. On a constaté que le taux de complications augmentait en fonction du stade de gestation au moment de l'avortement, le risque étant 11 fois plus grand après 13 semaines de gestation (Wadhera & Nair, 1984).

Smith et al. (1978) arrivaient à des conclusions similaires après avoir examiné près de 19 000 avortements à Hawaï. On a constaté que les complications post abortum étaient près de cinq fois plus élevées entre la 13e et la 16e semaine de gestation.

Bien que le décès dans le cas d'un avortement légitime soit rare et que le taux de mortalité soit à la baisse, le Centre for Disease Control à Atlanta a signalé en 1978 un taux de 0,5 décès pour 100 000 avortements :

> Le taux de mortalité augmente de 40 à 60 pour cent par semaine pour chaque semaine de retard après la huitième semaine (Jaffe et al., 1981).
>
> Entre 1972 et 1977, le taux de mortalité pour moins de neuf semaines de gestation était de 0,6 pour 100 000, mais entre la 11e et la 12e semaine et entre la 13e et la 15e semaine, ce taux augmentait de 2,7 et de 7,5 respectivement (Centre for Disease Control, 1977).
>
> Au Canada, où l'on pratique beaucoup moins d'avortements qu'aux États-Unis et où les avortements signalés ont lieu à l'hôpital, un seul décès a été signalé entre 1974 et 1976 (MacKenzie, 1981), et un décès s'est produit en 1986.

Une enquête britannique a souligné l'importance de réduire les avortements tardifs (Editorial, 1984). On a constaté que 20 pour cent des femmes qui se faisaient avorter entre la 20e et la 23e semaine de gestation avaient été recommandées avant la fin de la 12e semaine. En Grande-Bretagne, la loi permet l'avortement jusqu'à la 26e semaine.

L'avortement comme moyen de régulation des naissances

L'une des questions que soulève le plus souvent l'étude des services d'avortement est de savoir si l'avortement est effectivement utilisé comme moyen de régulation des naissances. Dans son étude mentionnée plus haut, l'Association médicale de l'Ontario a noté une augmentation du nombre de cas d'avortements répétés. Par exemple, en 1975, près de 87 pour cent des femmes se faisant avorter n'avaient jamais subi d'avortement auparavant, tandis qu'en 1984, 78 pour cent seulement se faisaient avorter pour la première fois.

L'augmentation des avortements répétés doit être interprétée avec précaution; il ne faut pas nécessairement y voir une indication que l'avortement est une solution de rechange à la contraception. Depuis la légalisation de l'avortement, le nombre de femmes qui se sont fait avorter pour la première fois a augmenté, ce qui bien a bien sûr créé une réserve de récidivistes en puissance. Selon des statistiques aux États-Unis, le nombre de deuxièmes avortements a augmenté immédiatement après l'adoption de la Loi sur l'avortement, mais il a ensuite plafonné.

Un sondage fait au Canada en 1976 a révélé que parmi les 4 754 femmes qui se sont fait avorter, 47 pour cent se sont retrouvées enceintes bien qu'elles aient utilisé un contraceptif, 25 pour cent avaient cessé d'utiliser un contraceptif et 27 pour cent n'en avaient jamais utilisé (Badgley et al. 1977). Au cours de différents sondages, Berger et al. (1981) ont constaté que les récidivistes avaient utilisé un contraceptif plus souvent et avaient utilisé des moyens contraceptifs plus efficaces que les femmes cherchant à obtenir un avortement pour la première fois.

Entre juillet et novembre 1986, sur 1 046 femmes recommandées par le Bay Centre for Birth Control pour subir un avortement, 53 pour cent utilisaient un contraceptif au moment de la conception. Il y avait des différences d'âge importantes, cependant, et seulement 44 pour cent des femmes de moins de 20 ans utilisaient un contraceptif, par rapport à 53 pour cent des 20 à 29 ans, 63 pour cent des 30 à 39 ans et 71 pour cent des plus de 40 ans.

Jaffe et al. (1981) ont souligné que :

> "... même si tout le monde utilisait un moyen de contraception, selon les méthodes les plus efficaces prescrites par les médecins, il y aurait toujours un grand nombre de grossesses non désirées. Aucune des méthodes réversibles, pas même la pilule ou les stérilets, ne sont sans présenter certains risques. Le taux d'échec de ces méthodes est suffisamment élevé pour être la cause d'un très grand nombre de grossesses non désirées chaque année, auquel il faut ajouter les grossesses résultant de la mauvaise utilisation ou de l'utilisation intermittente de ces méthodes." (page 5)

Tietze (1974) a prédit statistiquement, qu'un certain pourcentage de femmes se servant de contraceptifs se trouveraient enceintes, ce qui nécessiterait un autre avortement dans les dix ans qui suivent le premier. Il a tenu compte du contraceptif utilisé, de son efficacité et du taux de fertilité en fonction de l'âge. Selon ses prédictions, 5 pour cent des femmes utilisant un contraceptif oral et jusqu'à 24 pour cent de celles qui utilisent d'autres moyens de contraception auront à subir un autre avortement dans l'année qui suit le premier; après dix ans, on peut s'attendre à ce que de 20 à 50 pour cent des femmes qui prennent la pilule et la majorité de celles qui utilisent d'autres méthodes aient à subir au moins un autre avortement.

Se servant des données du sondage National Survey of Family Growth aux États-Unis, Vaughan et al. (1977) ont signalé que 7 pour cent des femmes mariées ne voulant pas avoir d'enfant immédiatement se sont trouvées enceintes bien qu'elles aient utilisé des contraceptifs, et 4 pour cent des femmes qui ne voulaient plus d'enfant se sont trouvées enceintes par suite de l'échec de leur méthode contraceptive.

Dryfoos (1982) a étudié la grossesse chez les Américaines âgées de 13 à 44 ans en 1978. Il a tiré ses renseignements entre autres du sondage "Survey of Family Growth" et de sondages "Surveys of Young Women" de John Hopkins. On a estimé qu'il y avait 3,1 millions de grossesses involontaires parmi les femmes mariées, dont 1,8 million utilisaient un contraceptif et 1,3 million n'utilisaient aucun moyen de contraception.

Dans un article publié en 1978, Tietze a étudié les raisons pour lesquelles le risque d'une récidive est plus élevé chez les femmes qui ont déjà subi un avortement; il a isolé les facteurs suivants :

âge : le groupe qui a subi le plus d'avortements est composé en grande partie de femmes se trouvant dans la période où le taux de fertilité est le plus élevé;

activité sexuelle : à l'exception des victimes de viol, toutes les femmes qui se sont fait avorter étaient sexuellement actives et ont probablement repris leurs activités sexuelles après l'avortement.

fertilité : toutes les femmes qui se sont fait avorter étaient capables de concevoir, bien qu'après l'avortement un certain pourcentage d'entre elles (ou leur partenaire) se faisait stériliser;

attitude à l'égard de l'avortement : les femmes qui ont subi un avortement ne réprouvaient pas cet acte;

Ainsi, les femmes qui subissaient des avortements répétés présentaient un risque plus grand de se trouver enceintes.

Selon certaines sources canadiennes également, il semble que certaines femmes présentent un risque plus élevé d'avortements répétés. Le sondage national (par le Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement au Canada en 1977) démontrait, par exemple, que la récidive était plus fréquente chez les femmes célibataires, celles dont le niveau d'instruction est plus élevé, celles qui ont un travail à l'extérieur de la maison et celles qui ont eu moins d'enfants nés à terme.

La grossesse chez les adolescentes

La grossesse chez les adolescentes a diminué progressivement depuis le taux de natalité maximal atteint en 1959. En dépit du fait que les adolescentes sont aujourd'hui sexuellement plus actives, le fait que la contraception soit plus facilement acceptée par la société, et les

moyens plus accessibles, a été l'une des causes de la diminution du taux de grossesse. Lorsqu'a été mis sur pied le programme de planification familiale de la Direction de la santé publique du ministère de la Santé en 1975, on visait principalement les jeunes femmes célibataires qui, croyait-on, n'avaient pas le même accès à la régulation des naissances que les femmes mariées ou plus âgées. À cette époque, la société était en train de changer sa mentalité envers la grossesse chez les adolescentes. Comme le signalaient Orton & Rosenblatt (1986) :

> "Il y a vingt ans, lorsqu'une adolescente célibataire se trouvait enceinte, elle devait choisir entre le mariage, l'avortement illégal, l'auto-avortement, ou l'adoption. À mesure que les programmes publics présentaient d'autres solutions... les adolescentes ont graduellement adopté les nouvelles options qui s'offraient à elles pour délaisser les options antérieures... Maintenant que les programmes publics de prévention sont de plus en plus accessibles, les adolescentes choisissent d'éviter la grossesse, comme l'atteste le taux décroissant de grossesse." (page 6)

Aujourd'hui, la société accepte de plus en plus la situation de mère célibataire et l'aide financière dont elle bénéficie. En même temps, il y a une plus grande demande d'interruptions de grossesses non désirées pour permettre aux jeunes femmes de continuer leur instruction et leur carrière. Depuis 1974, le nombre d'adolescentes enceintes qui ont choisi l'avortement plutôt que de mener leur grossesse à terme (Herold, 1984) a augmenté. En 1981, il y a eu 61 avortements par tranche de 100 nouveau-nés chez les Canadiennes âgées de moins de 20 ans.

Cependant, étant donné que les services d'avortement n'étaient pas accessibles à toutes, celles qui possédaient les moyens financiers nécessaires avaient de plus grandes chances d'obtenir un avortement, tandis que celles qui étaient plus démunies gardaient leur enfant. (Badgley et al. 1977; Orton & Rosenblatt, 1986).

La liberté de décision est un autre des problèmes qui se pose dans le cas des services d'avortement aux mineures. Cerloof & Klerman (1986) ont constaté que lorsque le consentement des parents pour les adolescentes de moins de 18 ans est devenue obligatoire dans l'État du Massachusetts, le nombre d'avortements pratiqués chez les adolescentes dans cet État a diminué de 50 pour cent, tandis que ce nombre augmentait dans les États avoisinants n'imposant pas cette restriction.

Les services d'avortement

Lorsque plusieurs pays ont légalisé l'avortement, on a considéré que les hôpitaux étaient l'endroit logique pour interrompre une grossesse sans risque. Depuis, des études ont démontré qu'on peut pratiquer l'avortement sans risque ailleurs que dans un milieu hospitalier (Tietze & Henshaw, 1986). Le taux de complication pour tous les avortements pratiqués dans des établissements autres que les hôpitaux n'est pas plus élevé que pour ceux faits à l'hôpital (Grimes et al., 1981).

Dans bon nombre de pays d'Europe, notamment les Pays-Bas, la Pologne et l'Allemagne de l'Ouest, près de la moitié des interruptions sont pratiquées dans des établissements autres que les hôpitaux. En France, 53 pour cent des avortements se réalisaient en 1982 dans 90 centres d'interruption volontaire de la grossesse administrés par des hôpitaux, mais qui étaient en fait des centres d'avortement distincts. Le gouvernement français a obligé tous les hôpitaux publics qui ne pouvaient répondre à toutes les demandes d'avortement de mettre sur pied de tels centres.

C'est aux États-Unis qu'il y a le plus grand nombre d'avortements pratiqués hors du milieu hospitalier depuis qu'une décision de la Cour suprême en 1973 a permis de légaliser l'avortement dans tout le pays. Étant donné qu'il n'y avait aucun règlement aux États-Unis exigeant que les avortements soient pratiqués à l'hôpital, ce sont des cliniques indépendantes qui offrent le plus souvent ces services pour lesquels la majorité des femmes doivent acquitter les frais. On a mis sur pied des cliniques spécialisées distinctes prévoyant des dispositions d'appoint en cas d'urgence.

En 1978, au moins 75 pour cent des cliniques étaient des établissements privés qui devaient compter sur un taux élevé d'avortements pour continuer leur exploitation (Jaffe, 1984), la concurrence aidant à garder les frais à un niveau relativement bas. Moins de la moitié de ces cliniques étaient agréées par des organismes d'État ou des organismes régionaux de la santé. Dès 1982, 82 pour cent de tous les avortements aux États-Unis étaient pratiqués dans des cliniques indépendantes (Tietze & Henshaw, 1986).

Statistiques sur l'avortement en Ontario

Tendances

Le tableau 1 donne les statistiques sur l'avortement en Ontario pour les années 1975 à 1985. Le nombre d'avortements pratiqués chaque année a augmenté progressivement jusqu'en 1983 où il a abordé une courbe décroissante. Parmi les femmes qui ont subi un avortement depuis 1975, il y a eu une diminution du pourcentage d'adolescentes cherchant à interrompre leur grossesse et du nombre d'avortements pratiqués entre la 13e et 20e semaine.

Un plus grand pourcentage d'avortements sont pratiqués avant la 12e semaine de la grossesse. Entre 1975 et 1985, il y a eu une augmentation de 7,b pour cent d'avortements avant la 12e semaine et ceux qui ont été pratiqués après la 12e semaine ont baissé de 6,7 pour cent. Le changement le plus important s'est produit sur les avortements pratiqués avant la 8e semaine de la grossesse, passant de 20,4 pour cent à 27,7 pour cent (tableau 1).

En Ontario, 11 pour cent des avortements sont pratiqués au-delà de la 12e semaine, ce qui représente un pourcentage plus élevé que dans la plupart des pays où l'avortement est légalisé.

Il y a eu une augmentation du pourcentage de célibataires se faisant avorter ainsi que du nombre de récidivistes. Une légère augmentation du nombre de femmes qui ont déjà eu un enfant cherchant à obtenir un avortement s'est également fait sentir.

Il n'y a eu aucun changement sensible dans le rapport entre les avortements et le nombre total de grossesse.

Le tableau 2 donne le pourcentage d'avortements thérapeutiques pour les années 1976 à 1984. Bien que le pourcentage de dilatation et curetage n'ait pas beaucoup changé, il y a eu une diminution minime dans le pourcentage d'injections de sérum salé et d'hystérotomies ou d'hystérectomies, tandis que l'utilisation d'"autres" méthodes a augmenté.

De 1976 à 1984, on a vu une tendance à procurer l'avortement au service de consultation externe de l'hôpital, plutôt que d'hospitaliser les patientes (tableau 3). Malgré tout, en 1984, 28 pour cent des femmes qui se faisaient avorter étaient hospitalisées.

En Ontario, on a corroboré les enquêtes antérieures qui indiquaient un rapport entre les complications de l'avortement et le stade de la gestation. On trouvera dans le tableau 4 les données pour 1976, 1981 et 1984. Il y a deux fois plus de complications pour les femmes lorsque la durée de la grossesse est de plus de 13 semaines. Le taux (pour 100 avortements à un stade donné de la grossesse) était 10 fois plus élevé pour les femmes dont la gestation avait duré 13 semaines et plus, la majorité des complications étant dues à "la rétention de débris placentaires". L'incidence générale des complications a baissé entre 1976 et 1984.

Les complications signalées sont celles qui ont lieu au moment de l'avortement, à l'exclusion de celles qui sont traitées au cabinet du médecin, en clinique ou au service d'urgence. Les chiffres ne comprennent pas non plus les femmes qui ont dû retourner à l'hôpital plus tard, pour de graves complications.

Accessibilité des services dans le comté de résidence

En 1985, dans près de la moitié des comtés de l'Ontario, ce qui représente 30 pour cent de sa population, la plupart des femmes ont dû chercher à l'extérieur de leur lieu de résidence pour obtenir un

avortement (tableau 5b et cartogramme 1). Dans le tiers de ces comtés, plus de 75 pour cent des avortements étaient pratiqués ailleurs en Ontario, alors que dans 8 autres comtés, 50 à 74 pour cent des avortements étaient pratiqués ailleurs dans la province. Ces tendances étaient plus courantes dans les comtés ayant moins de 100 000 habitants. En tout, 5 303 femmes se sont fait avorter dans des hôpitaux de la province hors de leur comté de résidence, ce qui représente 19 pour cent des avortements pratiqués.

Plus de 50 pour cent de tous les avortements pratiqués par les hôpitaux en Ontario sont pratiqués dans la Communauté urbaine de Toronto. En 1985, il y a eu 14 778 avortements à Toronto, dont 83 pour cent pour les résidentes de cette ville.

Les avortements du second trimestre, ce qui signifie normalement que la grossesse a duré plus de 12 semaines, n'étaient pas pratiqués dans 82 pour cent des comtés (cartogramme 2), ce qui représente environ 50 pour cent de la population de la province. Les femmes désirant se procurer un avortement à un stade avancé de la grossesse ont dû aller dans l'un des huits comtés qui pratiquent un tel acte ou trouver une clinique indépendante qui était prête à le faire. Cinq de ces comtés ont des centres hospitaliers universitaires. Au cours de nos visites, nous avons appris que les femmes désirant une interruption de la grossesse à partir du second trimestre devaient être dirigées vers les États-Unis étant donné le nombre limité de cas qui étaient acceptés même dans ces centres importants.

Dans cinq comtés, aucun des hôpitaux n'avait un comité de l'avortement thérapeutique. Sur 176 hôpitaux de soins actifs agréés, 95 (54 pour cent) avaient un comité de l'avortement thérapeutique. Cependant, 12 de ces hôpitaux n'ont pratiqué aucun avortement en 1986. Dans neuf autres hôpitaux, on pratiquait moins de 10 avortements en moyenne par an, tandis que dans sept autres, moins de 30 avortements étaient faits chaque année. Le nombre réduit ou l'absence d'avortement ne reflétait pas la demande. Les femmes vivant dans ces régions devaient aller ailleurs pour se faire avorter.

Si l'on regarde la répartition par comté, dans les régions où plus de 50 pour cent des femmes vont à l'extérieur pour obtenir un avortement, 44 pour cent avaient un comité de l'avortement thérapeutique (CAT), 28 pour cent en avaient deux et 8 pour cent en avaient trois (tableau 6). Il est donc évident que le comité de l'avortement thérapeutique n'est pas ce qui facilite l'obtention d'une interruption de la grossesse dans le comté de résidence.

Il est surprenant de constater que dans les comtés où l'accès à l'avortement est restreint, on considère que les adolescentes ont un plus grand besoin de ces soins et il semble qu'on leur donne priorité. Les femmes plus âgées, mariées ou célibataires, ont moins de chance de pouvoir se procurer les services limités offerts dans leur région.

Les chiffres ci-dessus n'incluent pas les femmes qui ont dû aller aux États-Unis ou dans des cliniques indépendantes au Québec et en Ontario. Le nombre de cliniques d'avortement aux États-Unis dont le numéro de téléphone se trouve dans les pages jaunes de l'annuaire de l'Ontario reflète la demande qui existe pour ces soins. En 1984, 2 200 Canadiennes ont obtenu un avortement dans les cliniques indépendantes du nord de l'État de New York, au Michigan et au Minnesota; il est notoire que les Ontariennes se prévalent de ces services en clinique. En 1986, environ 3 700 avortements ont été pratiqués dans des cliniques de Toronto, dont les deux tiers sur des Torontoises. Parmi les autres patientes, 23 pour cent habitaient dans un rayon de 120 kilomètres de Toronto.

Éléments des services d'avortement

Test de grossesse

La première étape du processus d'avortement est le test de grossesse. Les femmes peuvent consulter un médecin de famille, un bureau de santé, un centre spécialisé dans la régulation des naissances, ou pratiquer elles-mêmes le test grâce à des produits de vente libre.

Quelle que soit la voie qu'elle choisisse, il est essentiel que la femme sache le plus tôt possible si elle est enceinte. Les tests d'urine ordinaires dans la plupart des cliniques et pharmacies ne peuvent être

faits avant le 42e jour après le premier jour de la dernière menstruation ou après une grossesse de six semaines. Il est de plus en plus facile de pouvoir obtenir un test de grossesse plus tôt, permettant ainsi un diagnostic précoce.

Consultation et recommandation

Une fois la grossesse établie, il faut en évaluer l'impact sur la santé et la vie de la femme. Selon les personnes qu'elle aura consultées pour le test de grossesse, elle peut ne pas avoir reçu les conseils nécessaires pour évaluer les options qui s'offrent à elle. Si son médecin s'oppose à l'avortement par principe, il est probable qu'elle ne pourra en discuter avec lui et devra chercher par elle-même les conseils et les services dont elle aura besoin. Bien que l'Association médicale canadienne déclare que, si un médecin est opposé à l'avortement, il doit quand même diriger sa patiente ailleurs, les centres de planification familiale signalent que bien souvent les femmes ont beaucoup de difficultés à se faire diriger vers quelqu'un d'autre.

La plupart des 54 centres de planification familiale offrent aux femmes les tests de grossesse, la consultation sur la grossesse, ainsi que la consultation après avortement, et leur indiquent où elles peuvent obtenir les services d'avortement. Dans certaines régions, la recommandation directe d'un gynécologue est limitée étant donné les politiques régionales de la Commission de la santé, l'interprétation des directives du ministère pour les services de planification familiale, la mentalité des professionnels de la santé de la région et l'accessibilité des soins dans la région.

Une femme sur quatre se faisant avorter en Ontario se met en contact avec ces centres dans le cas d'une grossesse non désirée. Bien souvent, les femmes qui se présentent au centre de planification familiale sont des adolescentes ou des femmes qui n'ont pas de médecin de famille avec qui elles puissent discuter de l'avortement.

Dans les villes où sont pratiqués la majorité des avortements à hôpital, il y a deux options. L'une est le centre d'avortement dans un hôpital

offrant des services de consultation, d'évaluation de la grossesse, de recommandations au comité de l'avortement thérapeutique et de réservation de la salle d'opération. Si la femme choisit cette voie, elle doit prendre elle-même son premier rendez-vous. Dans une des villes étudiées, celles qui désirent obtenir une interruption de leur grossesse par l'entremise de ce centre doivent téléphoner à une heure et un jour précis pour obtenir un rendez-vous la semaine suivante. Il faut bien souvent rappeler à plusieurs reprises avant d'avoir une réponse. Si tous les rendez-vous ont été pris pour la seule journée de la semaine où le centre est ouvert, les patientes doivent attendre la semaine suivante avant de téléphoner à nouveau pour obtenir un rendez-vous.

L'autre voie, plus courante dans les petites villes et les centres hospitaliers non universitaires, est celle où le médecin de famille dirige la patiente directement vers un gynécologue ou vers le médecin d'un centre de planification familiale. Dans ce cas, le médecin doit écrire une lettre au gynécologue qui à son tour fait la recommandation au comité de l'avortement thérapeutique. La femme doit donc voir un médecin de famille qui est prêt à la diriger vers un gynécologue et trouver un gynécologue qui est prêt à la recommander auprès du comité de l'avortement thérapeutique. Les médecins n'ont droit à aucune rémunération pour les lettres de recommandation auprès du CAT.

Ce ne sont pas tous les gynécologues qui sont prêts à procurer un avortement. Ceux qui sont prêts à le faire doivent d'une certaine façon compenser la répugnance de leurs confrères ou des hôpitaux à pratiquer ces services.

Comités de l'avortement thérapeutique

Les comités de l'avortement thérapeutique (CAT) reçoivent les lettres de recommandation pour les avortements et se réunissent pour étudier les demandes et les exposés présentés par les gynécologues. Ils sont composés en grande partie d'omnipraticiens. Quelques hôpitaux exigent qu'il y ait des gynécologues, des psychiatres ou des femmes médecins. Certains d'entre eux ont connu des difficultés pour recruter ces catégories de médecins par suite d'une pénurie de psychiatres dans leur

région, du conflit qui peut exister lorsqu'il y a un gynécologue au sein du comité qui pratique l'avortement, ainsi que l'hésitation des autres à y participer.

Le nombre de membres faisant partie du comité est habituellement de trois à cinq personnes, bien que certains comités puissent avoir jusqu'à sept membres. Lorsqu'il y a cinq ou sept membres au sein du comité et qu'on n'a pas stipulé de quorum, la majorité des membres doit être présente (trois à cinq) et trois d'entre eux doivent approuver chaque avortement. Cela a présenté des problèmes pour plusieurs des hôpitaux avec lesquels nous avons communiqué où il n'était pas possible d'avoir un nombre suffisant de membres aux réunions, qui devaient par conséquent être remises à plus tard. On perd ainsi un temps précieux, et l'avortement est différé à un stade plus avancé de la grossesse.

Le CAT fait l'évaluation médicale de l'interruption de la grossesse. Cependant, la femme doit satisfaire à d'autres critères avant qu'il ne donne son approbation. Chaque hôpital établit ses critères, qui sont notamment :

1. Durée de la grossesse

   En Ontario, les hôpitaux limitent habituellement l'avortement à la 10e ou 12e semaine. Quelques hôpitaux pratiquent la dilatation et évacuation jusqu'à 14 ou 16 semaines. Douze hôpitaux seulement procurent l'avortement au second trimestre par des injections intra-amniotiques. Quelques hôpitaux pratiquent l'avortement au second trimestre dans certaines conditions particulières (par exemple, pour les jeunes adolescentes ou pour des motifs eugéniques). Cinq hôpitaux font la plupart des avortements au-delà de 14 semaines.

2. Consentement des parents pour les adolescentes de moins de 18 ans

   Bien que la Loi sur les hôpitaux publics (règlement 865) précise qu'à 16 ans un enfant peut décider de subir des actes chirurgicaux à l'hôpital, 10 pour cent des hôpitaux demande le consentement des parents jusqu'à l'âge de 18 ans.

3. Lettres de recommandation

Tous les hôpitaux demandent une lettre de recommandation du gynécologue indiquant la raison de l'avortement, dans des termes qui répondent aux exigences de la loi. La plupart des hôpitaux exigent une deuxième lettre du médecin de famille pour appuyer cette demande. Trois hôpitaux exigent une troisième lettre d'un deuxième médecin généraliste. Les médecins qui envoient ces lettres doivent être membres du personnel actif de l'hôpital. Cela limite les recommandations aux femmes qui ont accès à un médecin de la région qui est prêt à rendre ce service.

4. Évaluation d'un travailleur social ou d'un psychiatre

Dans dix des hôpitaux que nous avons visités, il faut obtenir un rapport d'un travailleur social ou d'un psychiatre et le soumettre au comité de l'avortement thérapeutique, ce rapport n'influant pas toujours sur la décision du CAT.

Les membres des comités de l'avortement thérapeutique que nous avons interviewés ont signalé que les raisons de refus d'un avortement, même si les critères ci-dessus ont été satisfaits, sont : la documentation insuffisante du médecin qui fait la recommandation (bien qu'il puisse toujours soumettre un autre rapport); les avortements répétés et le fait qu'une femme est mariée.

Près de 95 pour cent des 150 médecins que nous avons interviewés ont déclaré que les CAT n'avaient aucune utilité véritable et presque tous étaient unanimes pour leur abolition. Le fonctionnement général des CAT est une anomalie dans la fourniture des soins de santé et des services juridiques. Walker (1986) a fait le point lorsqu'il a écrit :

"Ce comité viole l'un des plus importants principes de la médecine, à savoir que le médecin ne devrait jamais prendre de décisions sans avoir vu la patiente. Contrairement à un tribunal, la patiente ne

peut en appeler de la décision. Le CAT est une insulte tant envers ceux qui sont pour qu'envers ceux qui sont contre l'avortement, c'est l'un des exemples les plus flagrants de faute professionnelle qu'ait connu le pays. C'est un rite médical moderne qui s'apparente à la danse de la pluie chez les Zoulous. Ces derniers savent bien que la danse ne leur apporte pas beaucoup de pluie, mais ils se sentent mieux."

Réservation de la salle d'opération

Après l'approbation du CAT, il faut ensuite réserver une salle d'opération à l'hôpital ou dans une unité de soins de courte durée. Bien souvent, le fait qu'une femme soit hospitalisée ou non dépend plutôt de la disponibilité de lits que de ses besoins personnels.

Au fur et à mesure qu'augmentent les contraintes budgétaires, les avortements rivalisent avec d'autres actes chirurgicaux. L'une des raisons principales pour lesquelles certains hôpitaux réduisent le nombre d'avortements est le temps limité disponible en salle d'opération et l'impossibilité de prolonger les heures de travail parce que le personnel ne désire pas travailler tard le soir ou les samedis. L'un des premiers soins restreint dans ces cas-là est l'avortement.

Dans la plupart des hôpitaux pratiquant un nombre élevé d'avortements, il n'y a pas de réservations en bloc pour cet acte. Alors que le nombre de gynécologues qui sont prêts à pratiquer l'avortement est sans cesse décroissant, les autres médecins ne bénéficient pas d'heures supplémentaires en salle d'opération pour tenir compte de leur volonté de pratiquer cet acte.

Le fardeau de l'avortement retombe sur les médecins, habituellement les gynécologues, qui sont prêts à pratiquer l'avortement et qui deviennent pratiquement les seuls "gardiens" de l'acte. Dans 18 des comtés où l'on peut se procurer l'avortement, un ou deux médecins font tous les avortements. Si ces médecins tombent malades, partent en vacances ou déménagent, il devient de plus en plus difficile sinon impossible d'obtenir un avortement.

Techniques d'avortement

Les méthodes pratiquées en Ontario en 1984 pour les interruptions de grossesse jusqu'à 12 semaines comprennent : la dilatation et le curetage avec succion par le vide (87 pour cent), et, dans une moindre mesure, la dilatation et le curetage chirurgical (4 pour cent). Bien qu'il soit reconnu que la façon la plus sûre de provoquer l'avortement entre la 12e et la 16e semaine est une dilatation et évacuation avec succion par le vide, très peu de gynécologues pratiquent cet acte au-delà du premier trimestre. (Castadot, 1986; Stubblefied, 1986). La pratique courante dans les hôpitaux de l'Ontario pour les avortements du second trimestre est l'injection intra-amniotique de salins hypertoniques, de prostaglandines ou d'urée.

À quelques rares exceptions près, l'avortement est pratiqué sous anesthésie générale en Ontario. Par contre, plusieurs avortements pratiqués ailleurs se font sous anesthésie locale, avec ou sans médication intraveineuse. Plusieurs des hôpitaux visités ont mentionné la difficulté de trouver des anesthésistes prêts à participer à l'avortement. En plus des risques habituels qu'elle présente, l'anesthésie générale dans le cas de l'avortement augmente les risques de lésion du col de l'utérus, de perforation et d'hémorragie (Stubblefield, 1986).

Avant l'avortement, on peut dilater le col de l'utérus par diverses méthodes, dont les tampons de laminaires, les dilatateurs hydrophiles et les injections de prostaglandines. Bien que les tampons de laminaires aient été utilisés pendant des siècles pour obtenir la dilatation du col de l'utérus, le fait qu'ils aient été utilisés pour les avortements illégaux a réduit leur utilisation au cours des dernières années (Darney, 1986). Les dilatateurs sont utiles au cours des premier et second trimestres pour faciliter la manoeuvre abortive et aider à réduire les risques de lésions du col de l'utérus et de perforation de l'utérus (Smith et al., 1978).

En Ontario, l'utilisation du dilatateur est limitée. L'une des raisons est peut-être le fait que cette méthode n'est pas un service assuré.

Lorsque la pose du tampon se fait au bureau du médecin, la patiente doit payer pour l'acte et pour le dilatateur. Une autre raison est peut-être qu'il faut demander à la patiente de se présenter au bureau au moins 4 heures avant l'opération. Généralement, le tampon doit être inséré le jour qui précède l'avortement, ce qui nécessite une deuxième visite.

Complications

L'une des raisons principales pour la légalisation de l'avortement était de réduire les risques pour la mère en transférant l'avortement à l'hôpital sous stricte supervision médicale. Depuis la légalisation de l'avortement, les techniques améliorées ont encore réduit le risque de complications. Les avortements de moins de 12 semaines comportent une incidence beaucoup moins élevée de complications. Pour plusieurs raisons, les avortements ne peuvent pas tous être pratiqués dans ces délais étant donné les difficultés relatives aux processus de décision, de diagnostic et de recommandation. L'incidence peu élevée de complications pour les avortements précoces est l'une des raisons principales pour lesquelles la plupart des hôpitaux ne pratiquent pas cet acte après la 10e ou 12e semaine. Bien que ceci ait grandement réduit le nombre de complications pour les avortements pratiqués à l'hôpital et par les médecins, c'est l'une des causes importantes des retards que connaissent les femmes qui sont enceintes depuis plus de 12 semaines, retards qui sont responsables du grand nombre d'avortements du second trimestre faits en Ontario.

Difficultés d'obtenir une recommandation après mai 1986

La réaction des médecins à la loi interdisant la surfacturation a créé un certain nombre de problèmes pour les femmes cherchant à obtenir un avortement :

Les CAT dans bon nombre d'hôpitaux ont refusé de se réunir, ce qui a eu pour effet d'interrompre les avortements dans ces hôpitaux.

Même lorsque les CAT ont continué de se réunir, les gynécologues et les anesthésistes de plusieurs hôpitaux ont refusé d'offrir les services d'avortement.

Maintenant que le projet de loi 94 a été adopté, certains gynécologues continuent de limiter ces services.

Depuis mai, il y a eu une baisse importante d'hôpitaux pratiquant des avortements du second trimestre.

Entre mai et août 1986, il y a eu une baisse sensible du nombre d'avortements pratiqués. Ce nombre a augmenté en septembre.

Attitude envers l'avortement

L'avortement provoqué est cause de nombreuses controverses et stigmatise la patiente, l'établissement qui rend le service, ainsi que l'avorteur. Contrairement aux autres soins de santé, l'avortement doit être pratiqué dans les limites du Code criminel et est affecté par les divergences d'opinion de la société sur la moralité de cet acte. La femme doit non seulement justifier sa décision d'interrompre sa grossesse, mais elle doit également faire face aux diverses réactions sur son avortement, notamment :

1. Réaction de la famille vis-à-vis de la grossesse

   L'adolescente ou la célibataire enceinte peut ne pas avoir le soutien de la famille auquel elle pourrait s'attendre dans le cas d'une autre intervention chirurgicale. La femme doit non seulement faire face aux réactions générales sur son activité sexuelle, mais également sur la question de sa grossesse. Dans le cas de mineures, la décision peut être prise par les parents ou les tuteurs. Dans certains cas, la femme a été obligée de continuer sa grossesse alors qu'elle ne le désirait pas ou a dû prendre des mesures énergiques pour obtenir l'avortement hors de la province.

2. Attitudes envers la femme mariée qui demande l'avortement

Les femmes mariées qui désirent se faire avorter sont souvent considérées comme cherchant à échapper à leurs responsabilités. Dans certains endroits, les femmes mariées ne sont pas dirigées à l'hôpital de la région étant donné que les membres du CAT hésiteront à approuver l'avortement dans ce cas.

3. Attitudes des collectivités envers les hôpitaux et les professionnels de la santé pratiquant l'avortement

Il y a eu des cas de harcèlement du personnel hospitalier ou médical qui pratique l'avortement par ceux qui sont contre le concept de l'avortement légal. Certains hôpitaux ont été menacés de perdre l'aide financière provenant de certains secteurs de la collectivité et, par conséquent, d'aucuns ont supprimé leur comité de l'avortement thérapeutique ou ont réduit le nombre d'avortements pratiqués.

Certains gynécologues ont signalé une baisse des recommandations générales lorsqu'il était connu qu'ils acceptaient de pratiquer l'avortement. Même les familles de médecins pratiquant l'avortement ont été harcelées à la maison ou à l'école.

4. Attitudes des professionnels de la santé envers l'avortement

Les professionnels de la santé partagent la divergence d'opinion de la société en général sur l'avortement. Les femmes qui ont subi une interruption de grossesse provoquée n'ont pas toujours obtenu le soutien du personnel médical et hospitalier, qui leur a même quelquefois manifesté de l'hostilité. Les infirmières et les conseillers préviennent souvent les postulantes des réactions négatives qu'elles pourraient connaître.

5. Stéréotypes relatifs au genre de femmes qui sollicitent un avortement et à leur manque de sens de responsabilité vis-à-vis de la contraception

Les femmes qui sollicitent un avortement sont souvent considérées comme de moeurs faciles et sexuellement irresponsables. Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'échec des méthodes anticonceptionnelles est l'une des causes principales de la grossesse involontaire, et il y a de nombreux facteurs qui contribuent aux avortements répétés.

6. Attitudes envers les femmes qui sollicitent des avortements répétés

Ces femmes, qui sont souvent considérées comme utilisatrices irresponsables des moyens de contraception, peuvent faire face à une réaction négative de la part des comités de l'avortement thérapeutique et devenir l'objet de mesures punitives. Par exemple, un certain nombre d'hôpitaux demandent que la femme accepte d'être stérilisée avant d'accepter de pratiquer un deuxième avortement. Un autre exemple est l'utilisation d'anesthésie locale minimale pour les récidives, bien que la pratique habituelle dans ce cas soit l'anesthésie générale.

Bien que la consultation en matière de contraception doive être l'un des éléments principaux du processus de recommandation dans le cas d'un avortement, les réactions négatives et stéréotypées peuvent augmenter le stress chez la femme au lieu de l'aider à résoudre les problèmes d'une grossesse involontaire.

7. Atteinte au caractère confidentiel de l'acte

Il y a eu des fuites d'information et même des vols de listes confidentielles de réservation des salles d'opération pour connaître le nom des femmes sollicitant un avortement. Les hôpitaux prennent habituellement des mesures pour protéger l'identité des postulantes afin qu'elles ne soient pas inquiétées. Par exemple, ils indiquent seulement les initiales de la patiente sur les listes des salles d'opération ou utilisent un code quelconque.

Sommaire des conclusions

Le processus actuel de recommandations pour les interruptions de grossesses ne favorise pas des services efficaces d'avortement qui sont réalisés en temps voulu, et le système n'apporte pas le meilleur soutien possible aux femmes qui ont besoin d'une telle intervention.

Il y a de grandes disparités régionales dans la province en ce qui concerne l'accessibilité aux services d'avortement. Dans plus de 50 pour cent des comtés de l'Ontario, la majorité des femmes sollicitant un avortement ont dû aller ailleurs, ce qui signifie qu'une femme sur cinq se faisant avorter à l'hôpital doit sortir de son comté de résidence. En outre, un minimum de 5 000 Ontariennes cherchent à interrompre leur grossesse chaque année dans des cliniques indépendantes au Canada et aux États-Unis. Des femmes provenant de tous les coins de la province sont dirigées vers les deux cliniques indépendantes de Toronto.

Parmi les 176 hôpitaux agréés, 46 pour cent n'ont pas de comité de l'avortement thérapeutique. Des 95 hôpitaux qui possèdent des comités, 12 n'ont pratiqué aucun avortement en 1986. Dans neuf autres hôpitaux, il y a eu en moyenne moins de dix avortements chaque année, et dans sept autres, moins de 30.

Les hôpitaux limitent habituellement les avortements à la 10^{e} ou la 12^{e} semaine de la grossesse. Ceci cause des difficultés pour un bon nombre de femmes désirant un avortement à un stade plus avancé de la grossesse.

Lorsque les femmes obtiennent un avortement dans les hôpitaux éloignés de leur lieu de résidence, elles doivent faire plusieurs voyages étant donné qu'elles doivent y retourner pour chaque étape du processus. Les femmes doivent supporter elles-mêmes les frais de transport et d'hébergement, ce qui présente une difficulté supplémentaire ou même un obstacle pour les femmes n'ayant pas les moyens financiers suffisants.

Les méthodes courantes pour obtenir des services d'avortement dans la province coûtent très cher en ressources humaines et matériel

hospitalier, bien qu'elles n'apportent pas suffisamment de services de consultation et de soutien aux femmes, avant et après l'avortement. En général, les services d'avortement n'ont pas suivi la tendance des autres soins, comportant des difficultés techniques de même niveau, d'être offerts en service de consultation externe. Tandis que tous les avortements au Canada doivent être pratiqués à l'hôpital, aux États-Unis 82 pour cent des avortements se font dans des centres autres que des hôpitaux. L'incidence de complications n'est pas plus élevée que pour les interruptions de grossesse à l'hôpital.

Les avortements sont généralement pratiqués par des gynécologues ayant recours à l'anesthésie générale, ce qui exige la disponibilité d'anesthésistes et d'une salle d'opération. Il est souvent difficile pour les hôpitaux de pouvoir trouver le temps nécessaire dans les salles d'opération pour pratiquer des avortements. Dans la plupart des hôpitaux, l'avortement n'est pas considéré comme une priorité. Les gynécologues doivent intégrer les avortements au temps qui leur est alloué dans les salles d'opération. Bien que les interruptions de grossesse puissent être faites dans les salles d'opération mineure sans préjudice à la patiente, ce n'est pas une pratique courante.

La responsabilité de l'avortement retombe sur les gynécologues et les anesthésistes qui sont prêts à pratiquer cet acte. Le nombre de ces médecins a diminué et, dans 18 comtés où on peut obtenir ces services, seulement un ou deux médecins pratiquent tous les avortements. Lorsque ces médecins ne sont pas disponibles, les femmes doivent chercher à se faire avorter ailleurs. Malgré cela, il y a une certaine hésitation à faire faire les avortements à l'hôpital par des omnipraticiens.

Les hôpitaux subissent les pressions de groupes anti-avortement et si un hôpital accepte de fournir les services d'avortement, il peut être menacé de perte d'appuis financiers, de harcèlement du personnel pratiquant les avortements, d'atteinte au caractère confidentiel des listes opératoires, et de piquetage régulier ou annuel.

Dans certaines régions, il est courant pour les patientes de devoir payer les frais administratifs pour divers éléments du processus de

recommandation pour lesquels elles ne sont pas assurées. Ces frais varient entre 20 $ et 500 $ et viennent s'ajouter aux frais de voyage et d'hébergement, ce qui représente un fardeau supplémentaire pour plusieurs femmes ou peut en empêcher quelques-unes d'obtenir l'avortement en milieu hospitalier.

Les médecins et autres professionnels de la santé que nous avons interviewés croient sincèrement que l'avortement devrait être radié du Code criminel et que l'interruption de la grossesse devrait être une décision prise par la femme et son médecin. De plus, les membres des comités de l'avortement thérapeutique interviewés ont déclaré que les comités n'ont pas d'utilité véritable autre que celle de satisfaire aux exigences de la loi.

Le stigmate rattaché à l'avortement et la mentalité négative envers cet acte rendu par des professionnels de la santé créent un climat hostile dans certains hôpitaux autour de cette question.

Les méthodes abortives ont évolué au cours des 15 dernières années, ce qui a réduit les incidences de morbidité et de mortalité associées aux avortements légaux. Les statistiques hospitalières ne reflètent pas l'usage répandu de ces techniques plus avancées.

Il y a une sous-utilisation des procédés de dilatation cervicale qui réduirait les complications post-abortum. Il y a plusieurs raisons pour cela, y compris le besoin d'une visite supplémentaire et de frais supplémentaires pour un acte qui n'est pas couvert par l'assurance-maladie de l'Ontario.

Il y a un taux élevé d'avortements du second trimestre en Ontario, particulièrement chez les adolescentes, en partie dû aux retards dans le processus de recommandation pour l'avortement. Plus la grossesse est avancée au moment de son interruption, plus élevés sont les risques de complications.

Le taux réduit de grossesse involontaire parmi les adolescentes est fonction de l'accessibilité des programmes de planification familiale subventionnés par le gouvernement dans les bureaux de santé en Ontario.

L'hypothèse que les femmes se servent de l'avortement comme moyen de régulation des naissances est infirmée par de nombreuses enquêtes au Canada et aux États-Unis. L'échec des méthodes anticonceptionnelles est la raison principale des grossesses involontaires.

Bien que le nombre de femmes cherchant des avortements répétés augmente, ceci ne fait que traduire le plus grand nombre de femmes qui ont déjà eu un avortement. Ces femmes sont en majorité sexuellement actives dans la période la plus fertile de leur vie et sont exposées à l'échec de leur méthode contraceptive, courant ainsi un risque de se trouver enceintes involontairement.

Malgré les problèmes susmentionnés, en 1985, plus de 27 000 Ontariennes ont obtenu un avortement dans les hôpitaux de la province.

Options pour les services d'avortement en Ontario

On a proposé un certain nombre d'options pour faciliter l'accès à l'avortement aux femmes qui font face à une grossesse non désirée. Chacun de ces projets relèverait d'un ou de plusieurs conseils hospitaliers et l'approbation pour l'avortement serait donnée par les comités de l'avortement thérapeutique des hôpitaux. Les projets suivants représentent diverses optiques qui répondraient aux besoins variés des différentes collectivités de la province et qui pourraient être mis sur pied dans chaque région où ils sont jugés nécessaires.

1. **Centres de soins polyvalents pour femmes :**

Les cliniques actuelles pour femmes dans plusieurs hôpitaux de l'Ontario, dont quelques-unes pratiquent déjà l'avortement, pourraient être agrandies pour pouvoir pratiquer des actes chirurgicaux sur les lieux. Ce genre de centres polyvalents de soins pour les femmes a été préconisé par plusieurs groupes particulièrement intéressés par la question des soins dont les femmes ont besoin. Ils pourraient être établis dans diverses régions comportant une clientèle importante.

soins prodigués : il faudrait particulièrement tenter d'étendre la gamme de soins aux femmes de la puberté à un âge plus avancé, notamment le dépistage du cancer, la régulation des naissances, les soins prénataux et les services reliés aux grossesses non désirées (diagnostic et évaluation, consultation, actes chirurgicaux pour les avortements du premier trimestre, recommandation à un hôpital pour les avortements du second trimestre, et consultation après avortement);

ressources humaines : personnel multi-disciplinaire, y compris les infirmières médicales, les infirmières hygiénistes, les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé qu'exigent les programmes, ainsi que des médecins de famille prodiguant les soins médicaux et honorés à la vacation.

2. Centres régionaux affiliés à un hôpital, mais qui n'y sont pas nécessairement situés :

Cette option offrirait les services d'avortement par région à travers la province. Les centres seraient spécialisés dans les services reliés à l'interruption de grossesse. Ils feraient partie des services de consultation externe actuels ou des centres de régulation des naissances affiliés à un hôpital. Ces centres devraient être situés dans les grandes villes possédant une clientèle importante.

soins prodigués : tous les soins relatifs à l'interruption de grossesse : évaluation, consultation, tous les aspects de l'acte d'avortement, les consultations après avortement,

ressources humaines : personnel multi-disciplinaire et médecins honorés à la vacation.

3. Consultations interhospitalières et centres de recommandation :

En vertu de cette option, plusieurs hôpitaux se partageraient les services de consultation et de réservation des salles d'opération. Un CAT desservirait tous les hôpitaux. Ce modèle pourrait être adapté à n'importe quelle collectivité quel que soit le nombre de postulantes et pourrait même être utilisé par plusieurs villes en commun. Les centres de planification familiale ou les centres de santé communautaires pourraient offrir ces services.

soins prodigués : évaluation, consultation, rendez-vous chez un médecin qui pratiquerait cet acte dans un hôpital participant, approbation par un CAT et examen de contrôle après avortement.

4. Services médicaux satellites visitant les collectivités de moindre importance :

Ce programme s'appliquerait aux collectivités possédant un hôpital agréé prêt à pratiquer l'avortement. Un gynécologue d'un centre

participant offrirait les services sur une base continue ou occasionnelle. Le CAT pourrait être consulté grâce au système de conférence téléphonique.

soins prodigués : les médecins se rendraient dans diverses collectivités pour pratiquer les actes chirurgicaux; le personnel local de consultation et de soins infirmiers s'occuperait de tous les éléments du processus de recommandation.

milieu : les hôpitaux régionaux fourniraient un système de conférence téléphonique pour le CAT, et réserveraient une salle d'opération pour permettre au médecin traitant de pratiquer l'acte.

rémunération : les médecins seraient honorés pour leurs services au sein du CAT; les médecins pratiquant l'avortement seraient honorés selon une entente particulière tenant compte de leurs déplacements et de la durée de l'intervention.

Bibliographie

Abortion : Medical Progress and Social Implications. Ciba Foundation Symposium 115. London : Pitman, 1985.

Access to Family Planning Clinics in the City of Toronto : A Study of Clinic Users in 1985. City of Toronto Department of Public Health, décembre 1986.

Badgley, R.F., Caron, D.F., & Powell, M.G. Committee on the Operation of the Abortion Law. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1977.

Berger, C., Gold, D., Gillett, P., Andres, D., & Kinch, R. Repeaters : Different or Unlucky? In Sachdev, P. Abortion Readings & Research, Toronto, Butterworth & Co., Inc., 1981.

Buehler, J.W., Schulz, K.F., Grimes, D.A. & Hogue, C.J.R. The risks of serious complications from induced abortion : Do personal characteristics make a difference? Am J. Obstet. Gynecol., 1985, 153(1), 14-20.

Canadian Medical Association Policy Summary : Abortion. Canadian Medical Association Journal, 1985, 133, 318A.

Castadot, R.G. Pregnancy termination : techniques, risks, and complications and their management. Fertility and Sterility, 1986, 45(1), 5-16.

Cates, W., Schultz, K.F., Grimes, D.A., Tyler, C.W. The effect of delay and method of choice on the risk of abortion morbidity. Family Planning Perspectives, 1977, 9(6), 266-273.

Center of Disease Control. Abortion Surveillance. Atlanta, septembre 1979.

Cerloof, V.G. & Klerman, L.V. American J. Public Health, 1986, 76, 397-400.

Darney, P.D. Preparation of the cervix : Hydrophilic and prostaglandin dilators. Clinics in Obstetrics and Gynaecology, 186, 13(1), 43-51.

Dryfoos, J.G. Contraceptive use, pregnancy intentions, and pregnancy outcomes among U.S. women. Family Planning Perspectives, 1982, 14(2), 81-94.

Editorial. Late abortions : There is madness in our methods. The Practitioner, mars 1984, 228, 247-249.

Grimes, D.A., Cates, W. & Selik, R.M. Abortion facilities and the risk of death. Family Planning Perspectives, 1981, 13(1), 30-32.

Herold, E.S. Sexual Behaviour of Canadian Young People. Markham : Fitzhenry & Whiteside Ltd., 1984.

Jaffe, F.S., Lindheim, B.L. & Lee, P.R. Abortion Politics. New York : McGraw-Hill Book Company, 1981.

Mackenzie, P. The Canadian abortion experience since the 1969 abortion law. In P. Sachdev, Abortion Readings and Research, Toronto : Butterworth & Co. Inc. 1981.

La réforme en matière d'avortement, les solutions possibles : Document de consultation. Ottawa : Commission de la réforme du droit du Canada, septembre 1986.

Orton, M.J. & Rosenblatt, E. Adolescent Pregnancy in Ontario : Progress in Prevention. Report Number 2. Hamilton : Planned Parenthood of Ontario, 1986.

Report to the O.M.A. Board of Directors from the O.M.A. Committee on Medical Care and Practice, mars 1986. Access to safe medical abortion in acccordance with the law as it applies throughout the province of Ontario.

Smith, R.G., Palmore, J.A., & Steinhoff, P.G. The potential reduction of medical complications from induced abortion. Int. J. Gynaecol. Obstet., 1978, 15, 337-346.

Statistiques Canada. Avortements thérapeutiques 1983-1984. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1986.

Stubblefield, P.G. Surgical techniques of uterine evacuation in first - and second - trimester abortion. Clinics in Obstetrics and Gynaecology, 1986, 13(1), 53-70.

Teen Users of Family Planning Clinics. Toronto : Ministère de la Santé, Direction de la santé publique, 1984

Tietze, C. The problem of repeat abortions. Family Planning Perspectives, 1974, 6(3), 148-150.

Tietze, C. Repeat abortions - Why more? Family Planning Perspectives, 1978, 10(5), 286-288.

Tietze, C. et Henshaw, S.K. Induced Abortion, A World Review 1986, New York : The Alan Guttmacher Institute, 1986.

Vaughan, B., Trussell, J., Menken, J., Jones, E.F. Contraceptive failure among married women in the United States, 1970-1973. Family Planning Perspectives, 1977, 9(6), 251-258.

Wadnera, S. & Nair C. Early complications of legal abortions, Canada, 1975-1979. World Health Statistics Quarterly, 1984, 37, 84-91.

Walker, K. Who's guilty, Morgantaler or us? Pro-Choice News, 1986, Summer, 8-9.

Annexes

Annexe I

Délimitation de l'enquête sur les services d'avortement en Ontario

1. Enquêter auprès des hôpitaux ontariens prodiguant les services d'avortement thérapeutique pour

    a) déterminer la demande et l'offre de services par région;

    b) découvrir les éléments du programme dont les femmes ont besoin et les meilleurs moyens de fournir ces divers éléments;

    c) examiner les tendances de recommandation et le processus de réservation de salle;

    d) examiner le fonctionnement des comités de l'avortement thérapeutique;

    e) favoriser l'élaboration de ce service en tant que programme général.

2. Collaborer avec les bureaux de santé publique en Ontario pour déterminer les besoins de leurs programmes de planification familiale et pour trouver les moyens de coordonner ces programmes avec ceux offerts par les hôpitaux.

3. Collaborer avec les hôpitaux et les bureaux de santé publique régionaux, etc., pour mettre sur pied un système régional de services de régulation des naissances.

4. Collaborer avec les organismes communautaires, tels que Planned Parenthood, etc., pour élaborer des programmes d'information et d'éducation sur la limitation des naissances.

5. Déterminer les ressources nécessaires pour élargir les services prodigués dans les hôpitaux, les bureaux de santé, etc.

Le 17 juin 1986

Tableaux

Tableau n° 1 : Caractéristiques des femmes se faisant avorter
Ontario : 1975-1985

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Nombre d'avortements thérapeutiques	24 856	26 724	27 715	29 196	30 602	30 819	30 391	31 235	28 351	28 199	27 274
Caractéristiques	Répartition en pourcentage										
Âge :											
19	30,5	30,2	30,2	30,0	30,2	30,1	28,4	27,7	26,2	24,4	23,3
20-29	48,3	48,9	48,9	49,3	49,6	49,8	51,1	51,6	52,3	53,7	54,2
30 100 %	21,2	20,9	20,9	20,7	20,2	20,1	20,5	20,7	21,5	21,9	22,5
Situation matrimoniale :											
Mariée	34,3	34,2	32,6	20,7	27,6	26,3	25,5	24,6	24,2	24,0	23,8
Célibataire 100 %	65,7	65,8	67,4	69,3	72,4	73,7	74,5	75,4	75,8	76,0	76,2
Gestation (semaines)											
8	20,4	22,3	24,0	2,45	23,7	21,6	21,9	20,6	23,4	24,8	27,7
9-12	61,9	62,2	62,0	62,1	63,6	65,2	65,0	65,9	64,3	63,3	61,2
13-20	17,6	15,4	13,9	13,4	12,6	13,1	13,0	13,4	12,2	11,8	10,9
21 100 %	0,1	0,1	0,1	0,1	0,07	0,08	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Nbre d'avortements antérieurs											
0	87,3	85,6	84,9	82,2	82,3	81,7	80,4	74,7	78,8	77,9	60,6
1	6,9	8,2	8,7	10,4	11,4	11,8	12,6	12,6	13,6	13,4	11,1
2+	1,0	0,9	1,1	1,9	1,9	2,1	2,3	2,5	2,6	3,1	3,8
Inconnu 100 %	4,8	5,3	5,3	5,5	4,4	4,4	4,9	5,2	4,9	5,5	25,5
Nbre de nouveaux-nés à terme											
0	53,2	53,7	55,2	55,8	58,6	60,5	59,4	59,7	59,5	58,1	57,6
1	14,9	15,6	16,3	15,8	15,4	15,3	15,6	15,8	16,0	16,5	16,7
2	15,8	15,7	15,0	15,0	14,2	13,5	14,1	13,8	13,8	14,2	14,1
3+ 100 %	16,1	15,0	13,5	13,4	11,8	11,7	10,9	10,7	11,7	11,2	11,6
Rapport entre les avortements et le nombre total de grossesses											
Avortement	16,3	17,7	18,2	19,3	19,9	19,8	19,8	19,9	18,2	17,6	17,0
Nouveau-né à terme	82,8	81,4	81,0	80,0	74,4	79,5	79,6	79,4	81,2	81,9	82,5
Mort-né 100 %	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4

Tableau 2

Avortements thérapeutiques, par méthode, en pourcentage

Ontario : 1976-1984

Année	D & C (chirurgical et succion par le vide)	Sérum salé	Hystérotomie et hystérectomie	Autres
1976	91,4	5,6	1,3	1,7
1978	90,2	4,1	0,7	5,1
1980	90,2	3,8	0,3	5,6
1982	90,9	4,1	0,2	4,8
1984	90,5	3,3	0,1	6,1

Février 1986

Tableau 3

Avortements thérapeutiques

Pourcentage des patientes hospitalisées et non hospitalisées

Ontario : 1976-1984

Année	Non hospitalisées	Hospitalisées
1976	34,5	65,5
1978	49,4	50,6
1980	58,3	41,7
1982	68,0	32,0
1984	72,0	28,0

Février 1986

Tableau 4

Avortements thérapeutiques

Complications par stade de gestation

Ontario : 1976, 1981 et 1984

Complications	1976		1981		1984	
	≤ 12 s.	≥ 13 s.	≤ 12 s.	≥ 13 s.	≤ 12 s.	≥ 13 s.
. Pourcentage d'avortements selon le stade de gestation	1,0	10,3	0,8	10,2	0,6	5,4
. Hémorragie	37	21	32	19	43	20
. Infection	35	37	32	23	11	16
. Lésion du col de l'utérus	60	23	75	19	49	8
. Perforation de l'utérus	43	5	30	7	16	4
. Rétention placentaire	45	334	29	334	25	232
. Autre	12	1	33	14	20	13
Total partiel	232	421	231	416	164	284
Total	653		647		448	
Pourcentage de tous les avortements	2,4		2,1		1,5	

Mars 1986

Tableau 5a : Comtés où les femmes obtiennent un avortement à l'extérieur de leur lieu de résidence*

Population	Nombre (et pourcentage) de comtés** 100 000	100 000-500 000	500 000	Total
Nombre de femmes obtenant un avortement en Ontario, à l'extérieur de leur comté de résidence				
99	22 (45)	13 (27)	1 (2)	36 (73)
100-199		4 (8)	1 (2)	5 (10)
200	4 (48)	3 (6)	1 (2)	8 (17)
	26 (53)	20 (41)	3 (6)	49 (100 %)

Tableau 5b : Comtés selon le pourcentage de femmes obtenant un avortement à l'extérieur de leur lieu de résidence*

Population	Nombre (et pourcentage) de comtés** 100 000	100 000-500 000	500 000	Total
Pourcentage de femmes obtenant un avortement en Ontario, à l'extérieur de leur comté de résidence				
24 %	4 (8)	8 (17)	2 (4)	14 (29)
25-49 %	3 (6)	7 (14)		10 (20)
50-74 %	4 (8)	4 (8)		8 (16)
75-100 %	15 (31)	1 (2)	1 (2)	17 (35)
	26 (53)	20 (41)	3 (6)	49 (100 %)

---

* NOTA : Sont exclues les femmes qui obtiennent un avortement à l'extérieur de l'Ontario ou dans une clinique indépendante en Ontario, étant donné que ces renseignements n'étaient pas disponibles.

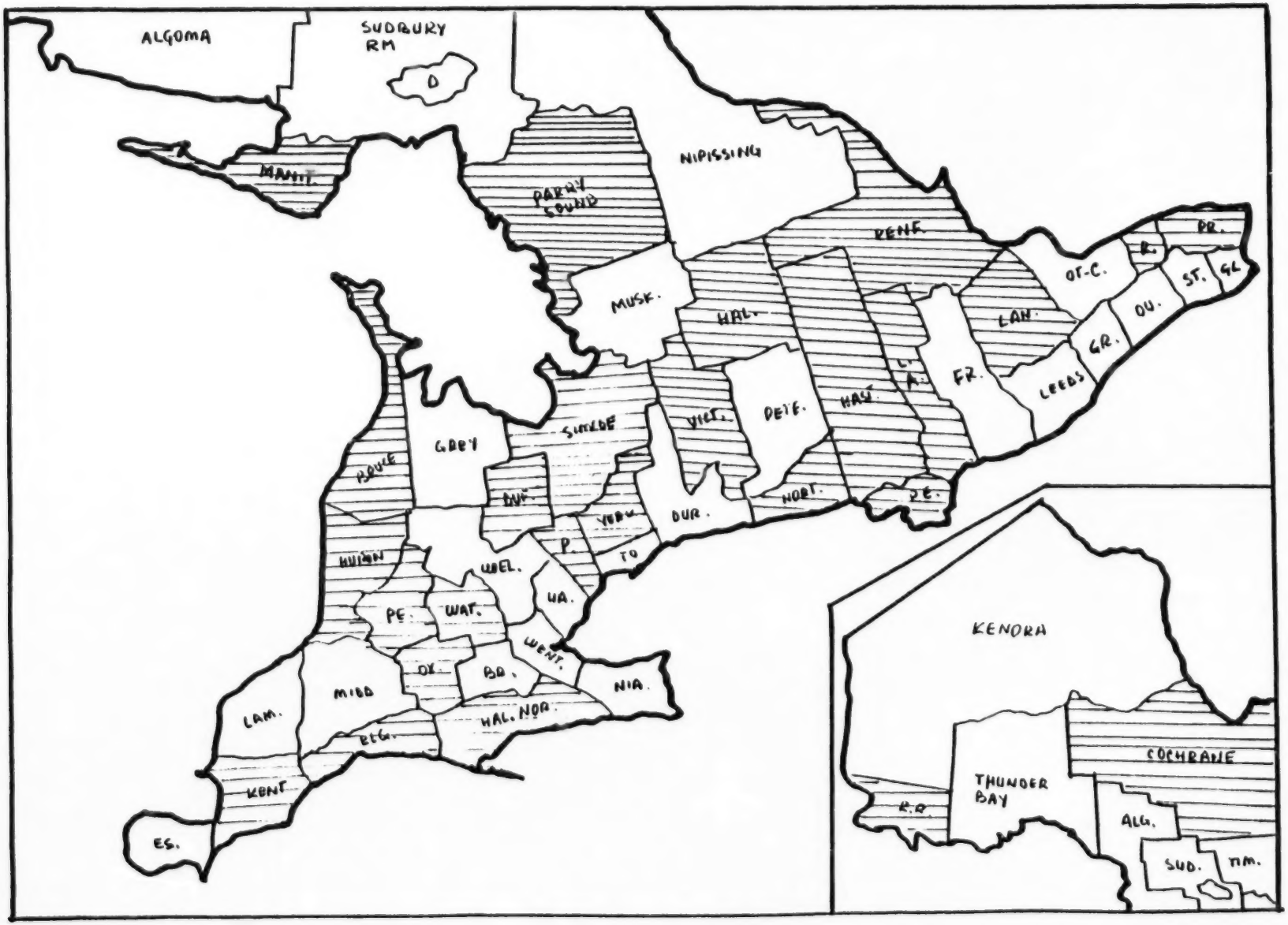
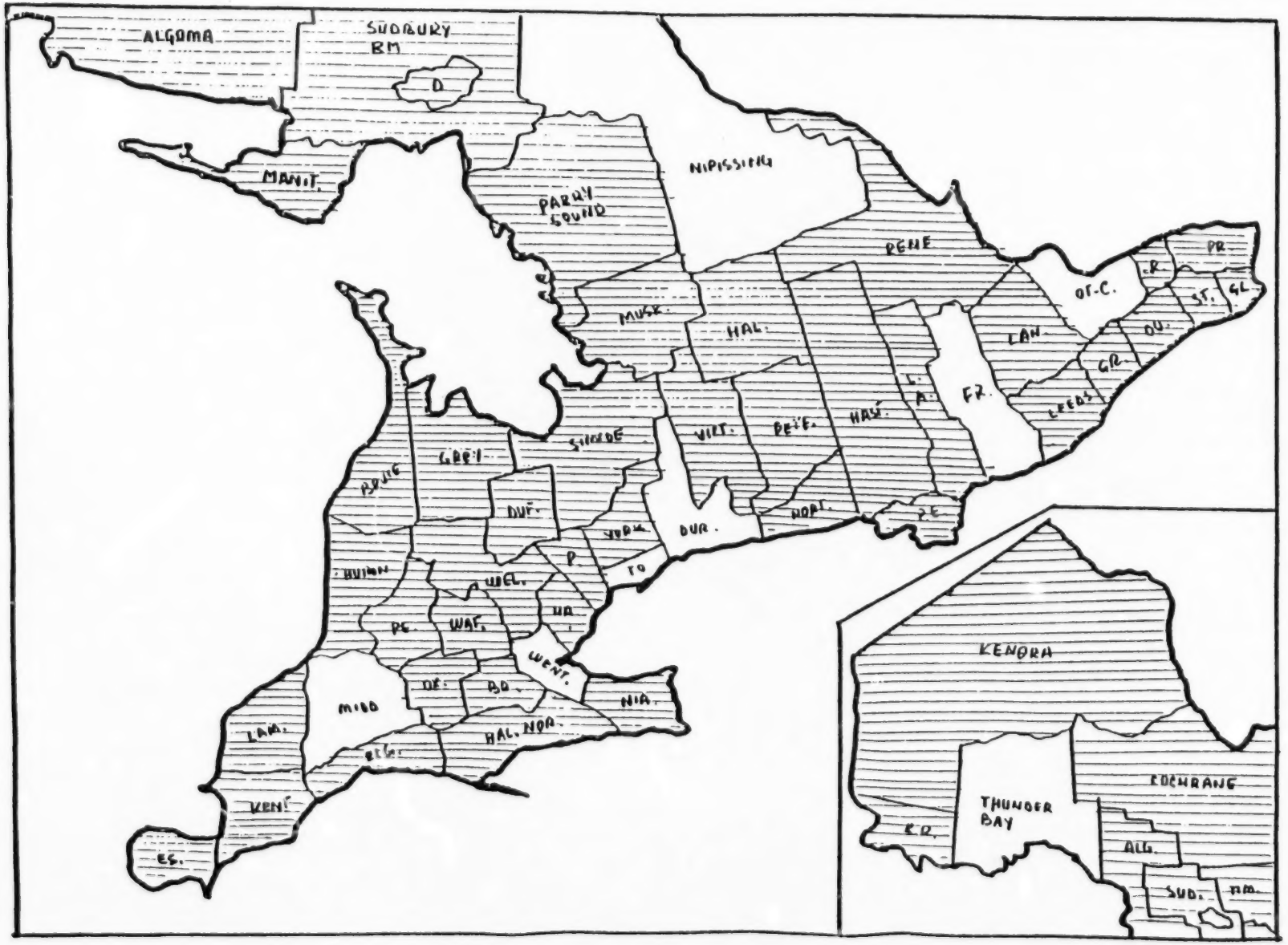
** Aux fins de ces tableaux, nous avons groupé en un seul comté : Leeds et Grenville; Prescott ou Russell; Stormont, Dundas et Glengary; la région de Sudbury et la municipalité régionale de Sudbury; et la Communauté urbaine de Toronto.

Tableau 6 : Nombre de comtés où plus de 50 pour cent des femmes doivent aller à l'extérieur de leur lieu de résidence pour obtenir un avortement selon l'accessibilité des comités de l'avortement thérapeutique

Nombre de comités de l'avortement thérapeutique dans le comté	Nombre et pourcentage de ces comtés
0	5 (20)
1	11 (44)
2	7 (28)
3	2 (8)
	25 (100)

Cartogrammes

Cartogramme n° 1 : Comtés où plus de 50 pour cent des femmes sollicitant un avortement doivent aller à l'extérieur de leur lieu de résidence



Cartogramme n° 2 : Comtés où les femmes ne peuvent pas obtenir un avortement du second trimestre